



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

TERAPIA OCUPACIONAL

Rhaila Cortes Barbosa

**O APOIO INSTITUCIONAL NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIONAL
RECANTO DAS EMAS-DISTRITO FEDERAL**

Brasília-DF

2013

Rhaila Cortes Barbosa

**O APOIO INSTITUCIONAL NO COTIDIANO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIONAL
RECANTO DAS EMAS-DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional. Professor
Orientador: Professora Doutora Paula Giovana
Furlan

Brasília- DF

2013

Rhaila Cortes Barbosa

O APOIO INSTITUCIONAL NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIONAL RECANTO DAS EMAS-DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção de grau bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA (Data: 17/12/2013)

Prof. (a) Dr. (a) Paula G. Furlan

(Orientadora – Membro Interno – FCE – UnB)

Ms. André Vinicius Pires Guerrero

(Fundação Oswaldo Cruz)

Dr. (a) Francini Lube Guizardi

(Fundação Oswaldo Cruz)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais sempre presentes e que me apoiaram e apóiam sempre. Aos meus irmãos e a minha avó, muito amados.

A minha orientadora Paula Furlan, primeiramente em me convidar a participar do Projeto que possibilitou este trabalho e as experiências que pude experimentar nessa trajetória, pela paciência e dedicação em me orientar, em compartilhar comigo seus conhecimentos, por ser uma pessoa e professora querida. Agradeço por fazer parte deste caminho.

Agradeço a banca examinadora André Guerrero e Francine Lube, pelo aceite em ler este trabalho. Obrigada!

Aos amigos e colegas que conheci na faculdade e tive o prazer de compartilhar momentos alegres, revoltantes e tristes que levarei pra toda a vida. Maju, Vick, Mari, Rafa, amigas do coração. Agradeço também aos momentos de luta e engrandecimento que pude vivenciar na Faculdade de Ceilândia.

Por fim a essa etapa que se finaliza e aos novos desafios que estão por vir.

Obrigada a todos, de coração!

“[...] Porque foi que cegámos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegámos, penso que estamos cegos, Cegos que vêem, Cegos que, vendo, não vêem. [...]”

Ensaio sobre a Cegueira, p. 310, José Saramago.

- Que eu possa ver além do olho-retina.

RESUMO

A implementação do SUS no cenário brasileiro enfrentou diversas barreiras político-econômicas, iniciando sua efetivação na atenção básica a saúde a partir do Programa de Agentes Comunitários e Programa Saúde da Família nos anos 90, resultando em avanços incontestáveis na saúde pública brasileira. Entretanto nos deparamos com desafios na área da saúde, arranjos organizacionais e referenciais teórico-metodológicos têm sido propostos para reformular o processo de trabalho nos serviços e nas redes de atenção a saúde. Nesse contexto, tem-se atualmente a proposta da metodologia de Apoio Institucional e suas modalidades de intervenção. A Regional Administrativa em Saúde do Recanto das Emas, Distrito Federal, tem priorizado sua reorganização a partir da Atenção Primária e do apoio institucional. Este trabalho visou compreender o modelo de gestão da Regional e as relações institucionais entre os profissionais e serviços disponíveis, caracterizar a instrumentalização de gestores para o exercício do Apoio Institucional, identificar o campo de conhecimento profissional para esta prática e analisar a função Apoio no modelo em cogestão. Com a pesquisa qualitativa a partir do referencial da pesquisa cartográfica e técnica de narrativas-acontecimento para produção e análise dos dados, os registros, portanto foram de realizados através de diários de campo e todo o tipo de documentação também formando memórias. Este estudo é parte da pesquisa *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde*, da Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia e Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, em parceria com a Secretaria de Atenção Primária em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde/ Distrito Federal, Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoal/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e Política Nacional Humanização/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. A pesquisa possibilitou compreender o processo de gestão em saúde da regional, com as potencialidades do apoio institucional para tal prática e análise do modelo de gestão adotado pelos gerentes e equipes.

Palavras chave: Atenção Primária; Método da roda; Apoio institucional;

ABSTRACT

The implantation of SUS in the Brazilian scenario faced several political- economic barriers, the actions of health system in Brazil started in the primary care health from the Community Health Workers Program and the Health Family Program in the 90s, resulting in unquestionable advances in Brazilian public health. However faced with challenges in health, organizational arrangements and theoretical -methodological referential have been proposed to reshape the work process in the services and networks of health care. In this context, it has been currently proposed methodology for Institutional Support and modalities of intervention. The Administrative Regional at the Recanto das Emas, Distrito Federal Health has prioritized its reorganization from the Primary and institutional support. This study aimed to understand the governance of Regional and institutional relations between professionals and services available to characterize instruments of knowledge and practice of managers to exercise the Institutional Support , identify the field of professional knowledge for this practice and analyze the support function in the democratic system model. With qualitative research from the referential of cartographic research and narrative technique, the production and analysis of data, the records were made through field journals and documentation, forming memories. This study is part of the research *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde* of University of Brasilia , Faculty of Ceilândia and Oswaldo Cruz Foundation , Brasilia in partnership with the Department of Primary Care Health / Department of Health / Distrito Federal , Coordinator of Staff Development / Foundation for Research and Education in Health Sciences and National Humanization Policy / Office of Health Care / Ministry of Health. The research methodology and experience of the researcher in the meetings and reunions at Regional of health allowed us to understand the process of health management, with the potential of institutional support for the practice and analysis of the democratic model adopted by managers and teams

Keywords: Primary Care; Method Wheel; Institutional Support;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Primeira Esquematização- Organograma Relacional.....	28
Figura 2- Segunda Esquematização- Detalhamento das Relações Institucionais.....	30
Figura 3- Organograma detalhado dentro das Equipes de Saúde da Família.....	32
Figura 4- Organograma para proposta de alteração	33
Figura 5- Configuração final do Mapa-problemas.....	36
Figura 6- Proposta dos Subgrupos de Apoio.....	37

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
SUMÁRIO.....	8
1.INTRODUÇÃO.....	10
2.JUSTIFICATIVA.....	14
3.OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4.METODOLOGIA.....	16
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	19
6.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6.1. O mapear do território.....	20
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
9.ANEXO.....	48

1. INTRODUÇÃO

A criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil são marcadas por processos sociais e políticos de manifestações coletivas para construção e fortalecimento de uma atenção a saúde qualitativa, universal, integral e equânime. A partir dos anos de 1970 iniciam-se movimentações ideológicas para uma reforma sanitária que visa à democratização e o fim das desigualdades no acesso a saúde, trajetória que possibilitou o lançamento das diretrizes do SUS, marcado por dois fatos centrais, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e o processo político constituinte em 1988, com proposições de novas bases políticas para a estruturação do Estado no enfrentamento às desigualdades sociais e de saúde. Já no início dos anos de 1990 o SUS sofreu resistências durante sua implantação em consequência das dificuldades político-econômicas e a diminuição dos investimentos sociais por parte do Estado (MALFITANO, 2011; HEIMANN e MENDONÇA, 2005).

A reforma brasileira de saúde introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema e do modelo de assistência pública a saúde (VIANA, 2005), repercutindo em modificações que operacionalizaram transformações no modelo assistencial do SUS, a partir de dois programas da Atenção Primária a Saúde (APS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (VIANA, 2005).

Formado em 1991 pelo Ministério da Saúde o PACS significou um avanço importante no enfoque das ações de saúde, sendo a família unidade de ação programática além da noção da área de cobertura por família (VIANA, 2005). Em 1993 é concebido o Programa Saúde da Família para atender demandas que de fato gerassem mudanças na rede básica de saúde (VIANA, 2005). Quando em 1994 surge o primeiro documento sobre o Programa Saúde da Família que detalha o programa como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo áreas de riscos como prioridade para sua implementação, o que foi retomado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) (BRASIL, 1997b).

O papel do PSF é notório como instrumento de reorganização do sistema público de saúde (VIANA, 2005). Segundo Santos (2007), um dos passos mais importantes na

universalização dos cuidados foi dado por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família operacionalizados na atenção primária à saúde.

Houve no Brasil outros modelos de assistência a saúde, tais como, o modelo de Saúde Pública baseado na proposta de Centro de Saúde responsáveis pela prestação de serviços de controle de doenças endêmicas, de vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção, institucionalizadas nas redes estaduais e na Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública, a partir da década de 30, porém na década de 60 deixam de ser priorizados para o financiamento. E o modelo de Assistência Médica Previdenciário que surgiu na década de 20 sob influência da Medicina Liberal, seu atendimento era voltado as necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais, no Brasil esse modelo de assistência contribuiu com 76% da oferta de leitos na década de 90. Estes dois últimos modelos são considerados os modos neoliberal de organização de serviços de saúde no Brasil (MEDEIROS, 2006).

Modelos alternativos de assistência a saúde implantados no Brasil na década de 70 possibilitaram a materialização da Reforma Sanitária brasileira, a proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos) no final da década de 70 na Bahia com a criação de Distritos Sanitários para atendimento das ações básicas de saúde: promoção, prevenção e recuperação e também o modelo da medicina Comunitária oferecida aos contingentes excluídos da sociedade, com experiências no Brasil no final da década de 70 nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (MEDEIROS, 2006).

Em seus vinte anos de existência, no SUS são evidentes e incontestáveis os avanços e problemas, entre eles estão a dificuldade das equipes de profissionais da atenção básica em compor-se e manejar-se como equipe, estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento, discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica produzindo sujeitos, autonomia e cidadania (OLIVEIRA, 2011).

Discussões no campo da saúde coletiva sobre processos formativos ofertados a trabalhadores do SUS são limitados ao enfoque apenas programático estimulando e reforçando o tom prescritivo habitual da relação trabalhador-usuário, além de centrar esforços na organização normativa das ofertas de bens e de serviços de saúde a partir das

unidades, o que reforçaria as tensões entre as equipes de saúde e usuários (OLIVEIRA, 2011).

Planos de implementação da atenção básica em curso no Brasil trazem em suas bases conceituais certo nível de separatismo entre campos de prática e de saberes acumulados no contexto do SUS e da Saúde Coletiva, afirmando a racionalidade estritamente gerencial como quase que o único parâmetro para organização das redes de atenção, regulando ofertas de bens e de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2011).

E para superar essa organização estritamente gerencial são propostos através de políticas e programas do governo Federal diversos modelos e métodos de gestão para os serviços de saúde a exemplo da Política Nacional de Humanização criada em 2003 que objetiva deflagrar um movimento ético, político e institucional para o enfrentamento e superação dos modos de gestão e cuidados incoerentes com o direito a saúde (OLIVEIRA, 2011), modelos como o de Gestão Participativa e Cogestão se apresentam como diretrizes de implantação desta política (BRASIL, 2009).

Uma das propostas para se concretizar na prática dos serviços modelos de gestão que reflitam na prática clínica dos profissionais sugere-se o Método da Roda (BRASIL, 2008, 2012; CAMPOS, 2000; OLIVEIRA, 2011), denominado também de Método Paidéia, o mesmo se insere como método de apoio a cogestão (CAMPOS, 2000).

Segundo Campos (2000) existem quatro eixos de conformação que compõe o Método da Roda: 1) o caráter Anti-Taylor, 2) a inscrição do método no paradigma ético-político-estético da democratização institucional, da cogestão, da constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção, 3) de reconstrução conceitual e prática do trabalho, reaproximar o mundo do trabalho com o mundo da vida e 4) o método da roda como maneira de tornar possível que uma organização seja produtora de autonomia e liberdade.

A expressão “apoio Paidéia” é utilizado em referência à função do apoiador no Método da Roda (CAMPOS, 2000), caracterizado como

um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa, uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações, depende da instalação de alguma forma de cogestão (OLIVEIRA, 2011, P. 31).

O Método pode ser auto-aplicável, em tese, ou pode contar com a figura de um ou mais Apoiador Institucional (CAMPOS, 2000).

O Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008), se refere às questões do Apoio Institucional, tais como, a tarefa primordial de ofertar suporte a movimentos de mudanças deflagrados por coletivos e a partir dessa função instaurar processos de mudança em grupos e organizações de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde.

Diante apresentação que se seguiu levando em conta as perspectivas histórico-política do SUS, os conceitos e modelos de gestão e sobre uma proposta de método de apoio a cogestão têm-se como objeto de estudo do presente trabalho o Apoio Institucional, com o objetivo de analisar sua implantação na gestão da atenção básica a saúde na Regional do Recanto das Emas, Distrito Federal, compreender o modelo de gestão da regional de saúde e as relações institucionais entre os profissionais e serviços disponíveis, caracterizar a instrumentalização de gestores para o exercício do Apoio Institucional e identificar o campo de conhecimento profissional para esta prática.

2. JUSTIFICATIVA

O tema surgiu pelo interesse em estudar modelos de gestão nos serviços de atenção básica a saúde que possibilitem a produção qualificada de saúde que garanta a sobrevivência do SUS, a realização e autonomia dos trabalhadores em detrimento de organizações verticalizadas na qual anulam e alienam o trabalhador, através do controle e métodos disciplinares.

Enfrentar esses desafios e superar modelos hegemônicos de gestão são maneiras de operacionalizar uma política pública que é o Sistema Único de Saúde além de suas diretrizes que irão se concretizar nos serviços de saúde, na práxis dos trabalhadores e gestores.

E para superar uma gestão engessada e prescritiva tanto na relação usuário-trabalhador quanto na relação trabalhador, gestor e serviço público são utilizados modelos de organização dos serviços através da democratização dos Espaços Coletivos, por meio da cogestão (CAMPOS, 2000).

Para isto uma das propostas utilizadas é o Método da Roda que aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de cogestão que produzam compromisso com o interesse público, a capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção aumentando a capacidade de analisar e operar sobre a práxis (CAMPOS, 2000).

Estudos e experiências realizados anteriormente demonstram as contribuições, as mudanças na prática clínica e de cogestão provocadas pelo Método da Roda considerado também como uma proposta interessante e inovadora a ser aplicada nos serviços de saúde (FURLAN, 2008; CUNHA, 2009; ALVES, 2010; MASSUDA, 2010; PINTO, 2010; CASTRO, 2011; OLIVEIRA, 2011; AMARAL, 2012; FIGUEIREDO, 2012; FURLAN, 2012;)

Logo o presente estudo pretendeu analisar, esclarecer e propiciar maior entendimento sobre a estratégia e utilização do Apoio Institucional com o Método da Roda na atenção básica a saúde a fim de concretizar as funções do apoiador nos processos de cogestão.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

Analisar a implantação do Apoio Institucional na gestão da Atenção Primária à Saúde, na Regional do Recanto das Emas, Distrito Federal.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender o modelo de gestão da regional e as relações institucionais entre os profissionais e serviços disponíveis;
- Caracterizar a instrumentalização de gestores para o exercício do Apoio Institucional;
- Identificar o campo de conhecimento profissional para esta prática.

4. METODOLOGIA

Pretendeu-se com essa pesquisa um estudo de caso da rede de Atenção Primária à Saúde, da Regional Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal. A pesquisa se enquadra como pesquisa qualitativa, na qual pretendeu demonstrar, esclarecer e propiciar maior entendimento sobre a temática a ser estudada.

A metodologia qualitativa emprega a concepção trazida das Ciências Humanas na qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual e coletivo (TURATO, 2005). Uma definição genérica sobre pesquisa qualitativa diz que esta é uma atividade situada que localiza o observador no mundo e que consiste em um conjunto de práticas materiais interpretativas que dão visibilidade ao mundo (DENZIN, 2006).

A pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e coleta de uma variedade de materiais empíricos- estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais- que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida do indivíduo (DENZIN, 2006, P. 17).

As pesquisas qualitativas possuem características multimetodológicas, utilizando um número variado de métodos e instrumentos de coleta de dados, entre os mais aplicados, esta a observação participante (QUEIROZ, 2007). O ato de observar é um dos meios mais frequentemente utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações, observar é aplicar os sentidos a fim de obter uma determinada informação sobre algum aspecto da realidade (QUEIROZ, 2007).

A observação participante auxilia nas descrições e interpretações de situações cada vez mais globais, essa técnica modifica a ação do pesquisador que ao integrar o grupo que vivencia a realidade social propicia interações que contribuam para a mudança de comportamento do grupo observado de forma não intencional (QUEIROZ, 2007). Nessa técnica de pesquisa tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto assim como integrar o observador a sua observação e o conhecedor ao seu conhecimento (QUEIROZ, 2007).

Foram utilizados artigos pesquisados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Scielo, com os descritores Apoio Institucional, Cogestão, Gestão Compartilhada, Atenção Básica, com critério de seleção de artigos de 1998 a 2013 e

brasileiros, além de busca bibliográfica na Biblioteca Central- Universidade de Brasília.

A inserção no campo de pesquisa se deu através da participação no projeto de pesquisa *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde (UnB-FIOCRUZ-SAPS/SES/GDF)*.

O Recanto das Emas é uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal, Brasília. Criada em 1993 com o objetivo de atender ao Programa de Assentamento do Governo do Distrito Federal (GDF). Atualmente a população residente desta RA conta com mais de 160 mil habitantes, sendo 66,5% dessa população com idade entre 15 e 59 anos e sua rede de atenção a saúde conta com duas Clínicas da Família, uma recém inaugurada, um Centro de Saúde e uma Unidade de Pronto Atendimento. Segundo dados estatísticos da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2010/2011 (PDAD, 2011) 87% da população conta exclusivamente com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Foi utilizada a técnica de observação participativa em seis reuniões do Colegiado Gestor da Regional de Saúde do Recanto das Emas, Distrito Federal, este se configura um espaço coletivo de gestores, gerentes, coordenadores de serviços e departamentos da Regional de Saúde, da Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde, Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal e de pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A amostra se constituiu em doze (12) pessoas:

- Gerente do Centro de Saúde 2,
- Coordenador de Saúde da Família 1,
- Coordenador de Saúde da Família 2 ,
- Núcleo de Educação Permanente,
- Gerente do Centro de Saúde 1,
- Quatro (4) Diretores de Atenção a Saúde,
- Coordenador Geral de Saúde,
- Diretor Administrativo e
- Diretoria de Gestão da Atenção Primária à Saúde

Os encontros/ reuniões foram mensais no período de maio a outubro de 2013, com registro em diário de campo, acesso a documentos oficiais da regional e atas/ narrativas dos encontros elaboradas pelos participantes e demais pesquisadores.

A análise dos dados seguiu o referencial da pesquisa cartográfica na qual é útil para descrever processos mais do que o estado das coisas (FERIGATO, 2011). Entende-se o termo processo e a possibilidade da cartografia contribuir para pesquisas qualitativas que se propõem ao acompanhamento de processualidades, esse caráter faz da cartografia um método que produz efeitos de transformação da realidade (FERIGATO, 2011).

Por isso a importância da imersão do cartógrafo no território pesquisado, segundo o conceito de território existencial proposto pelo filósofo Gilles Deleuze que se apropria de uma palavra do campo da Geografia para referir-se ao traçado de mapas processuais de um território existencial (FERIGATO, 2011):

Um território desse tipo é coletivo, porque é relacional; é político, porque envolve interações entre forças; tem a ver com uma ética, porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; e tem a ver com uma estética, porque é através dela que se dá forma a esse conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações, uma maneira de dar forma ao próprio território existencial. Por isso, pode-se dizer que a cartografia é um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências. (Farina, 2008, P. 8).

A cartografia pretende aceder não só às formas constituídas de subjetividade, mas ao campo de forças que a constitui, ou seja, pretende aceder à dimensão das forças que constituem e desfazem as formas subjetivas permanentemente em formação (FARINA, 2008).

Foi adotada a técnica das narrativas-acontecimento, como forma de dar expressão ao encontro atual com a memória intensiva do acontecimento (Oliveira, 2011), para compor a cartografia. Os registros foram oriundos de diversas fontes: do cartógrafo durante o acontecimento, durante os encontros; o registro de diários e todo o tipo de documentação também formam memórias.

Os diários de campo fabricados durante a pesquisa deste trabalho foram utilizados segundo o referencial de Souza (2009) que define o Diário de Campo ou Diário de Itinerância como sendo uma técnica usada em pesquisas com funções que revelam a trajetória e os caminhos trilhados na compreensão do objeto investigado. Portanto o Diário de Itinerância assume sentidos e significações enquanto ferramenta de produção de conhecimentos da pesquisa, o diário como produtor de dados, revelador de implicações do pesquisador frente ao tema pesquisado, como possibilidade de aflorar os sentimentos durante a pesquisa, não sendo apenas para uso descritivo, mas também reflexivo, pois

inclui nos registros impressões, experiências existenciais, angustias e alegrias do pesquisador (SOUZA, 2009).

Nesse sentido o Diário de Itinerância para essa pesquisa funcionou como um produtor de dados e de análise reconstruído por meio das memórias, afetos, lembranças e ruídos produzidos nos encontros, na confecção do diário e no retorno em releituras. A construção de diários em cada encontro com o grupo e instituição pesquisado possibilitou reviver momentos e significados de cada problemática ou tema discutidos e revisitar tais registros possibilitaram dar visibilidade aos movimentos no campo de estudo. A partir dessa vivência será apresentado neste trabalho destaques dos diários de campo para análise e discussão.

Para composição da narrativa e análise do processo de implantação do Apoio Institucional nos serviços de atenção básica a saúde do Recanto das Emas este trabalho contará com a revisitação do diário de campo fabricado durante cinco encontros que a pesquisadora participou na posição de observadora durante as conduções das reuniões/encontros.

Para melhor conhecer a dinâmica do grupo em seu meio social será utilizado neste trabalho o conceito da Análise Institucional definida como método que visa revelar o que está oculto na vida e funcionamento do grupo, o que institui e o que é objeto de instituição a fim de analisar um grupo, uma organização social “natural” ou “artificial” em seu contexto social revelando os parâmetros de sua estrutura. Cabe a Análise Institucional produzir significações, explicar o desconhecimento, lutar pela libertação da palavra, a noção de Intervenção que compreende e analisa a noção de instituição presente nos grupos, portanto analisar no coletivo uma situação que também é coletiva (FURLAN, 2012).

Outra teoria institucionalista que trabalha com a idéia de Coletivos como agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas é o método Paidéia ou método da roda como método de análise e cogestão de coletivos organizados para a produção, desenvolvida a partir de teorias da psicanálise, da pedagogia construtivista, da política, da gestão, baseado na crítica ao trabalho alienante e alienado, as verticalidades de poder e contra o pensamento administrativo que busca formas de dominação, controle social e a cisão entre o pensar e o fazer (CAMPOS, 2000; FURLAN, 2012).

Portanto a função Paidéia ou função apoio, utilizada no Método da Roda, seria ativada a partir da ampliação da capacidade dos sujeitos e coletivos analisarem e intervirem sobre os contextos, dessa forma a necessidade de uma prática de cogestão. A figura do Apoiador irá desempenhar funções nas equipes ajudando na organização de processos de trabalho e na construção de Espaços Coletivos, no qual o grupo analisa, definem tarefas e elabora projetos de intervenção a partir de uma inserção horizontal do organograma relacional (CAMPOS, 2000; FURLAN, 2012).

5. ASPECTOS ÉTICOS:

De acordo com a resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, (BRASIL, 1996) que regulamenta a pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa em questão se responsabiliza e se compromete em atender todas as exigências éticas que foram estabelecidas pela resolução e a respeitar o sujeito em sua autonomia e dignidade.

A pesquisa deste trabalho faz parte do projeto de pesquisa *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde* que foi submetida ao Comitê de Ética para avaliação e aprovação com parecer de aprovação em pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília 191.003 em 29/01/2013 e aceite pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS SES/DF número 453.476 (em anexo).

A pesquisa realizada assegurará a confidencialidade das informações obtidas, a preservação da privacidade, proteção da imagem dos sujeitos de pesquisa e não estigmatização dos mesmos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos àqueles envolvidos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. O mapear do território

Adentrar um campo de pesquisa que também é um campo de produção de saúde, de subjetividades, de política, de gestão, de sujeitos nos deparamos com diversas experimentações e vivências que nos provoca as mais variadas sensações no trajeto percorrido, o corpo vibrátil é aquele que é tocado pelo invisível, sensível ao encontro dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, intensidades (BADUY, 2010). Construindo novos territórios que a pesquisadora foi adentrando, aprendendo a olhar a escrever.

Foi a partir do projeto de pesquisa-intervenção *Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde* que se iniciou a vivência no campo de pesquisa, um estudo de caso da rede de Atenção Primária à Saúde, da Regional Administrativa do Recanto das Emas, Distrito Federal.

Em abril de 2013 após diversas pactuações em reuniões e encontros entre as instituições participantes, Universidade de Brasília (UnB), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SAPS-SES DF), iniciou-se o processo de inserção e contrato com a regional de saúde do Recanto das Emas junto a sua rede de atenção básica para o desenvolvimento do projeto de intervenção e com isso minha participação nesse projeto e a pesquisa deste trabalho de conclusão de curso.

Os encontros na regional de saúde junto à equipe gestora da rede de atenção básica também se iniciaram em abril de 2013 na Clínica da Família 1, serviço de atenção primária a saúde, clínica que foi inaugurada em novembro de 2012, um espaço novo que conta com a Estratégia de Saúde da Família, composta por sete equipes e com uma área de abrangência definida.

Na primeira visita da pesquisadora àquele ambiente percebeu-se um espaço que vai além da estrutura física, um espaço novo, amplo, com padrões de acessibilidade, sala destinada a reuniões, etc., diferentemente dos espaços velhos e precários destinados a serviços de saúde, apesar desse primeiro contato com o ambiente físico não apresentar o agregado de forças que circula por ali nota-se a possibilidade de um espaço social,

profissional e de relações interpessoais que proporcione atenção acolhedora, humana e resolutive elementos atuantes na interrelação homem x espaço (BRASIL, 2004).

O convite para que este campo fosse adentrado e investigado surge com a demanda de reorganização da gestão dos serviços de atenção básica da regional, existia uma demanda do nível central e dos gestores o que casou com a proposta do projeto-intervenção em implantar modelos de gestão democráticos e participativos junto aos serviços de saúde e seus diversos atores. O processo de entrada na regional de saúde se deu a partir de encontros/reuniões com a participação dos gestores/gerentes das unidades básicas de saúde, com representantes da SAPS e o grupo de pesquisa UnB e Fiocruz.

Entrar em um espaço, em uma atmosfera desconhecida ou uma aventura particular despertou inquietações na aproximação de um campo que atuam diversas relações e forças de poder e saber que cada indivíduo habita, personificados no cargo de gestores que também são trabalhadores, dos pesquisadores, do nível central, do nível regional e que são indivíduos, sujeitos implicados em uma instituição de saúde e como se daria esse primeiro encontro e os demais com as adversidades em um lugar de saúde, de política, de gestão, de cuidado, de produção de sujeitos individuais e coletivos.

Passado o estupor inicial, mas atenta a outras sensações que se apossavam da pesquisadora durante o encontro, os indivíduos se apresentaram pelo nome, a que instituição gerenciava ou coordenava, seguindo para a apresentação do campo de atuação com caracterização da regional de saúde, dos serviços de saúde, das problemáticas vivenciadas por cada gestor do nível central e do nível regional, das problemáticas vivenciadas no dia-a-dia do serviço. Seguiu-se para a apresentação da proposta de intervenção do projeto, e das expectativas relacionadas à proposta do Apoio Institucional e a possibilidade de mudanças que essa proposta de gestão poderia provocar.

A aproximação deste cenário do acontecimento do encontro demonstra algo ainda visto pelo olho-retina que enxerga de uma forma crua as relações e as forças atuantes naquele espaço institucional. Para dar visibilidade e dizibilidade às essas relações e forças presentes e atuantes, o distanciar do olho-retina para o corpo vibrátil a fim de atravessar, permear e dar passagem a esse jogo de forças que também constituem o cartógrafo na produção de subjetividades. O grupo demandava uma intervenção nos processos de gestão de organização do serviço, entretanto essa demanda necessitaria de uma melhor constituição e análise. Não existe uma demanda espontânea e natural ela é produzida pela

Oferta, portanto em um campo de análise a primeira coisa a ser feita é uma pesquisa da produção de demanda (BAREMBLITT, 2002) para que demanda e oferta não se tornem divergentes.

O grupo gestor trouxe diversas dúvidas e expectativas de como iria ocorrer o Apoio no cotidiano de trabalho e organização dos serviços em que gerenciam, tais questões e levantamentos não foram prontamente definidas. Construir com aquele grupo um entendimento coletivo a essas questões permitiria ao grupo traçar um caminho de experimentação do Apoio em processos concretos e promover a qualificação dos espaços coletivos de cogestão e mudanças nos processos de trabalho, não apenas falar sobre o Apoio em discussões muito abstratas (OLIVEIRA, 2011).

Nessa primeira etapa de entrada na regional foi possível desencadear processos de produção na conformação do grupo, os diversos lugares que os diversos atores habitariam não de forma estática ou imóvel, mas que pudessem transitar nos espaços e lugares de vivência da cotidianidade que se expressam em diferentes planos conforme afetam e são afetados. Nesse sentido o grupo produziu-se na contextualização de suas práticas com a elaboração de diário de campo semanal sugerido nos encontros, cada gestor deveria compor uma narrativa que evidenciasse sua prática diária e apresentar ao grupo a fim de colocar em análise os movimentos presentes no cotidiano de serviço e evidenciar a complexidade do processo de trabalho de cada gestor.

Investigar o cotidiano de cada gestor no coletivo em meio a tantas problemáticas e dificuldades possibilitou colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real (BADUY, 2010). A troca de experiências e discussões que os relatos sobre o diário de campo produziram geraram impacto no grupo que pôde sair da posição de queixas para uma posição de desassossego frente às próprias necessidades e desejos, visto que ao longo do processo a reflexão proposta era a de provocar análises da implicação de cada agente institucional com os processos descritos (PAULON, 2012). Possibilitando também a produção de uma análise de demandas dos gestores em relação aos serviços que gerenciavam e a regional de saúde que validasse não só a proposta do projeto-intervenção, mas também o desejo de reorganizar o serviço, produzir processos de gestão democrática e

participativa, aproximar o nível central apoiando o nível regional e a regional de saúde. Apoiar seus serviços.

A aproximação do nível central a realidade da regional e dos gestores de saúde foi aos poucos se desenhando conforme o caminhar dos encontros que em um primeiro momento contava com o suporte do grupo de pesquisadores na condução da reunião, direcionamento de pautas, levantamento de questões, problematização, discussões, conversas, análises e também produção e reconstrução de sujeitos implicados com seus cargos e serviços, desejos e subjetividades.

Desenhou-se um lugar de Apoio do nível central que aos poucos assumiu o papel de condutor das reuniões, o Lugar de condutor da reunião pressupondo o Apoio da SAPS junto aos gestores a partir de um lugar de poder institucional no qual um dirigente, o do nível central, apóia seus dirigidos a nível regional. Estar em um lugar de apoiador trata-se de constituir um processo permanente de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional (OLIVEIRA, 2011).

A intervenção para se produzir análise e aproximação se deu a partir da utilização do método da roda como ferramenta de tornar possível a análise e o desvio das práticas sociais no sentido de possibilitar que uma organização produza mais autonomia e liberdade usadas para adquirir capacidade de olhar para a situação, para o momento do encontro, captar elementos presentes e elaborar, em interação, possibilidades de gestão do seu próprio trabalho e para o autocuidado (BADUY, 2010; CUNHA, 2011; PAULON, 2012). A roda que nos encontros foi se conformando, em um primeiro momento um semicírculo com pouca visibilidade de todos os participantes e na conformação do Espaço Coletivo, a Roda conformando arranjos de participação efetiva e de deliberação conjunta entre os sujeitos, processos de democratização institucional.

Outros encontros aconteceram, não demorando mais de um mês entre um e outro, o grupo estabeleceu uma agenda de reuniões próximas umas as outras, e nos intervalos entre cada encontro havia produções individuais dos gestores, como a produção do diário de campo que foi compartilhada com o grupo. Apesar da proximidade entre as datas de realização dos encontros que eram definidas e acordadas nos encontros junto ao grupo houve um esvaziamento e distanciamento dos gestores na participação das reuniões, a presença de outras agendas concomitante aos encontros ocasionou esse vazio.

Entretanto foi possível dar continuidade aos acontecimentos e discussões já disparados nos encontros anteriores, o seguimento que os encontros tiveram o grupo trouxe a discussão sobre ao que denominamos de "organograma relacional" da regional, ou como acontece o organograma oficial nas relações do cotidiano da rede de serviços de atenção à saúde. A questão principal de elaborar o organograma era de entender as relações institucionais da regional entre as gerências, profissionais e serviços.

Para esquematização do organograma relacional o grupo desenhou quatro organogramas demonstrando a organização dos serviços o que possibilitou uma melhor visualização e entendimento da organização e estruturação dos serviços de saúde a partir do detalhamento das relações e vinculações de organização dos serviços para em seguida propor a organização de um novo organograma relacional horizontalizado. Desenhar o organograma relacional possibilitou a problematização e discussão da melhor localização institucional, do papel e função que cada gestor desenvolve no seu cotidiano de serviço.

Nos encontros o grupo construiu o primeiro Organograma Relacional de como se organiza o serviço, as instâncias a nível central e do nível regional (Figura 1) para proporcionar um melhor entendimento da sistematização e organização da regional de saúde. As discussões realizadas com a configuração do primeiro organograma possibilitou ao grupo esquematizar outros dois organogramas (Figuras 2 e 3) detalhando as relações institucionais de cada serviço. O Organograma da Figura 2 demonstra de forma detalhada a organização da regional com a inclusão das equipes de saúde da família e o Organograma da Figura 3 demonstra a organização dentro de uma gerência de Saúde da Família.

A construção de um novo Organograma Relacional (Figura 4) a partir de discussões com os gestores, nível central e pesquisadores, a partir dessa construção do desenho esquemático com o grupo foi possível produzir um organograma que possibilitasse relações institucionais participativas e democráticas. A proposta do Apoio Institucional vem do desejo de produzir uma gestão mais democrática e participativa, portanto modificar e construir o novo Organograma "relacional" da regional foi um passo importante para este processo.

Com a modificação do Organograma pretendeu-se a criação de Unidades de Produção conforme lógicas específicas de cada processo de trabalho, a composição dessa Unidade conta com profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado objetivo identificável (CAMPOS, 1998).

Outro conceito de Unidade de Produção que também pode ser elencando ao recorte do novo Organograma Relacional da Regional nos traz a idéia de objeto de trabalho como algo que dá sentido ao agenciamento de um coletivo. Portanto o conceito de Unidade Produção entendido como arranjo organizacional mais ou menos estável para se configurar como um agenciamento complexo que põe em jogo novas relações entre os sujeitos envolvidos e as forças que os atravessam (OLIVEIRA, 2011, p. 38).

Esta nova metodologia de gestão vislumbrada com o novo Organograma mostra-se potente na possibilidade de reproduzir tal lógica em outras instâncias dos serviços de saúde, com a criação de Unidades de Produção em cada serviço de atenção básica, com a participação de seus gestores e gerentes produzindo junto aos profissionais da ponta, por isso a conformação do novo Organograma na instância de poder de gestores e gerentes do nível regional.

Uma alteração realizada pelo grupo de gestores foi a vinculação das equipes de saúde da família rurais não mais à Gerência de Programas, mas sim à Gerência de Equipes de Saúde da Família, o que está em consonância à proposta de unidades de produção. Outro ponto discutido foi à relação horizontal e de parceria entre Diretoria de Atenção à Saúde, Gerência de Planejamento e Gerência de Programas, que não possuem uma relação hierárquica, e são necessárias umas às outras para o trabalho mais "sintonizado".

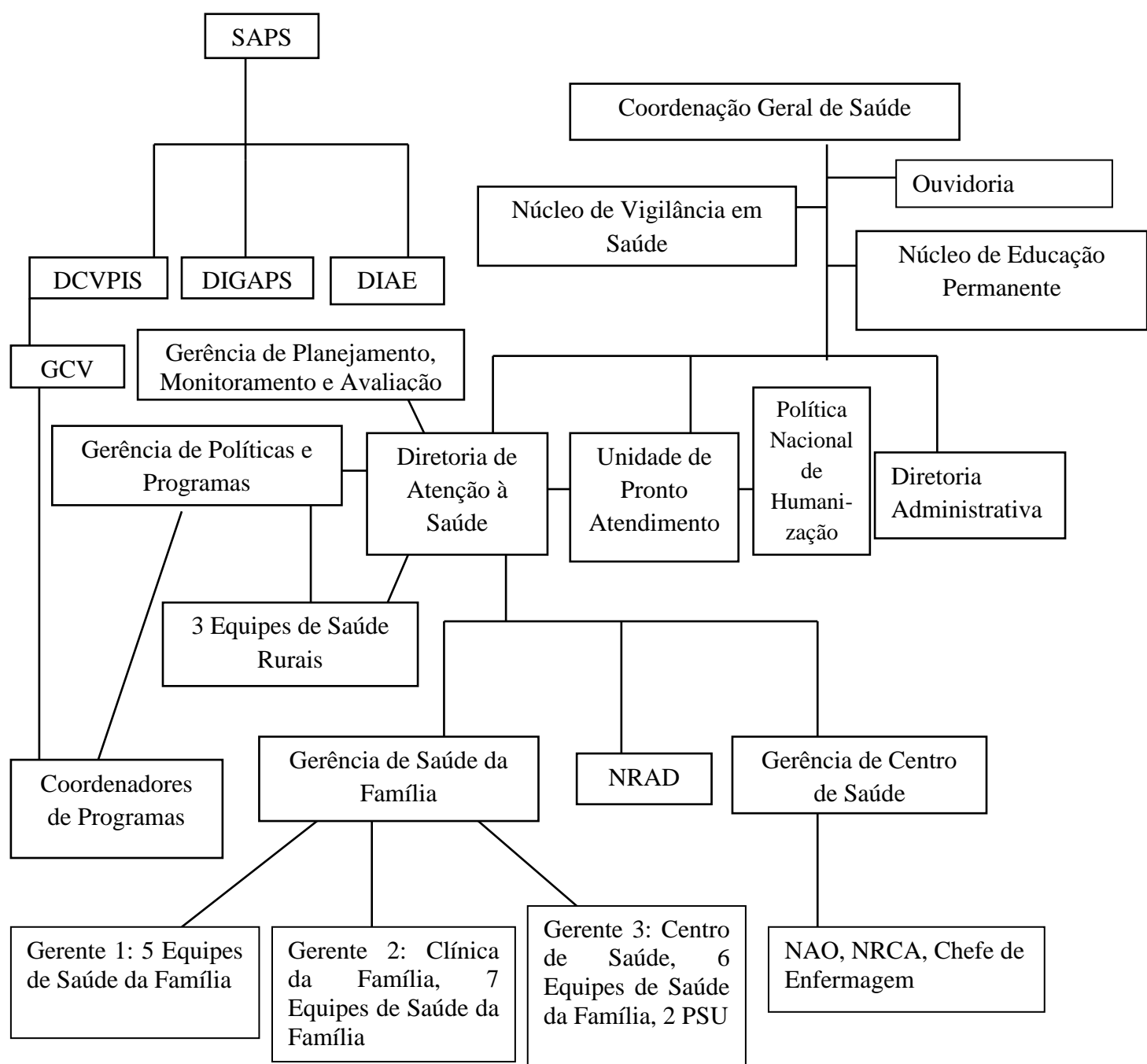


Figura 1: Primeira Esquematização- Organograma Relacional

Legenda Figura 1:

SAPS- Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde;

NRCA- Núcleo de Regulação, Controle e Avaliação;

NAO- Núcleo de Apoio Operacional;

DCVCPIS- Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde;

DIAE- Diretoria de Áreas Estratégicas;

NRAD- Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar;

GCV- Gerência Ciclos de Vida;

PSU- Posto de Saúde Urbano

DIGAPS- Diretoria de Gestão da Atenção Primária à Saúde.

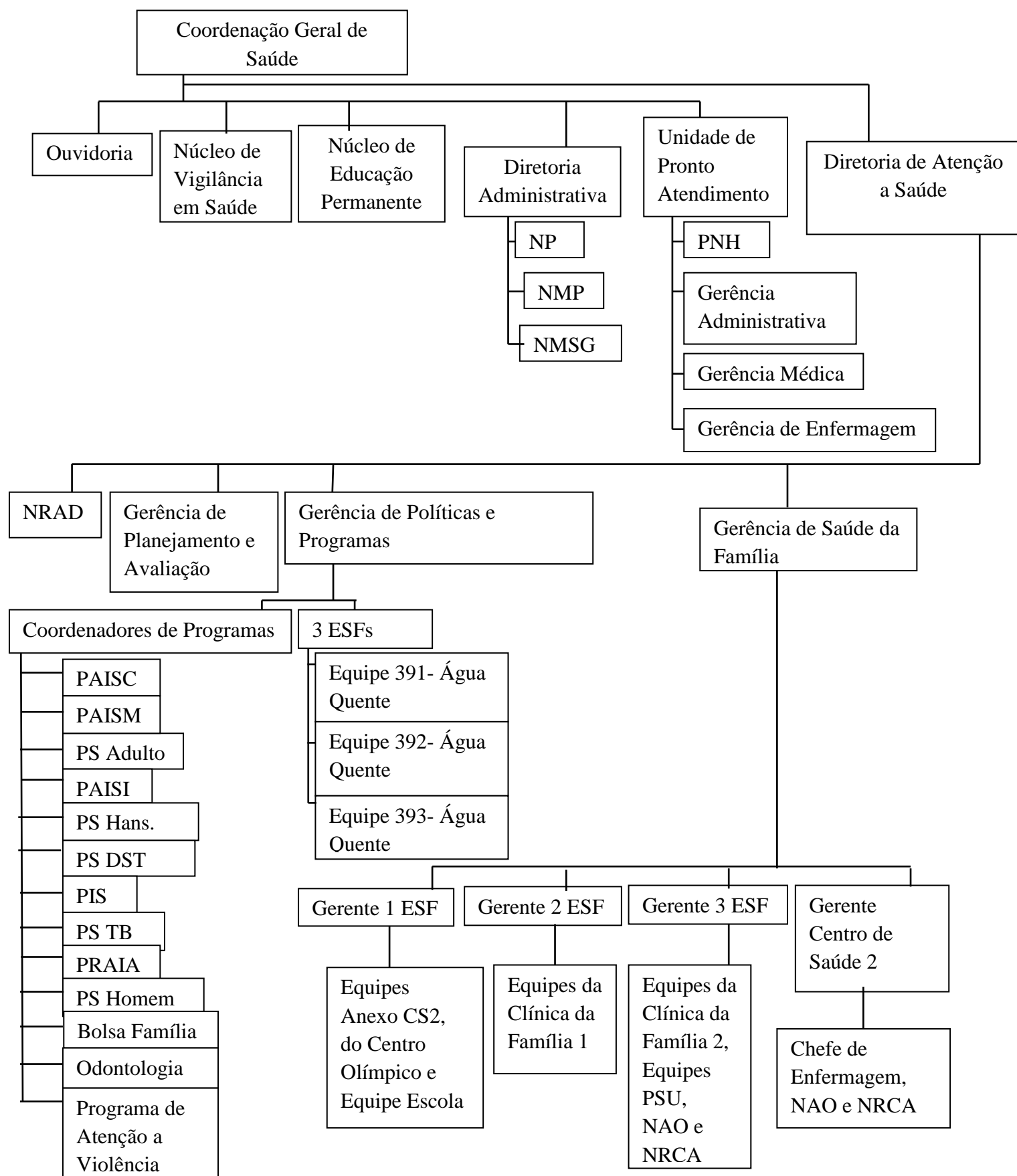


Figura 2: Segunda Esquematização- Detalhamento das Relações Institucionais

Legenda Figura 2:

NP – Núcleo de Pessoal;

NMP –Núcleo de Material e Patrimônio;

NMSG – Núcleo de material e Serviços Gerais;

PNH – Programa Nacional de Humanização;

NRAD – Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar;

PAISC – Programa de Atenção Integrada a Saúde da Criança;

PAISM – Programa de Atenção Integrada a Saúde da Mulher;

PAISI – Programa de Atenção Integrada a Saúde do Idoso;

PS Adulto – Programa de Saúde do Adulto;

PS HANS – Programa de Saúde de Hanseníase;

PS DST – Programa de Saúde de Doenças Sexualmente Transmissíveis;

PIS – Práticas Integrativas à Saúde;

PS TB – Programa de Saúde de Tuberculose;

PRAIA – Programa de Atenção Integral ao Adolescente;

PS Homem – Programa da Saúde do Homem;

NAO –Núcleo de Apoio Operacional;

ESF- Equipe de Saúde da Família;

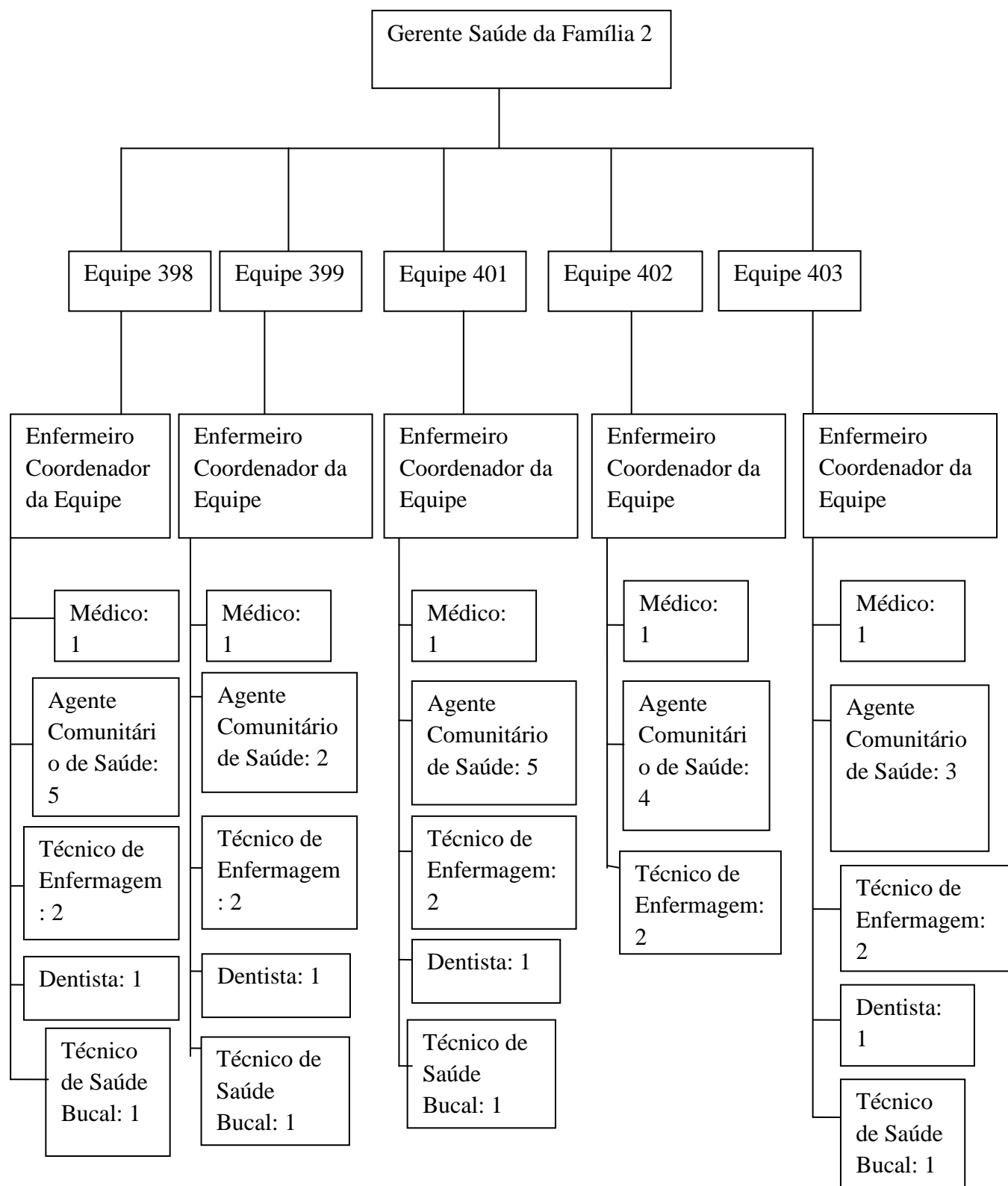


Figura 3: Organograma detalhado dentro das Equipes de Saúde da Família

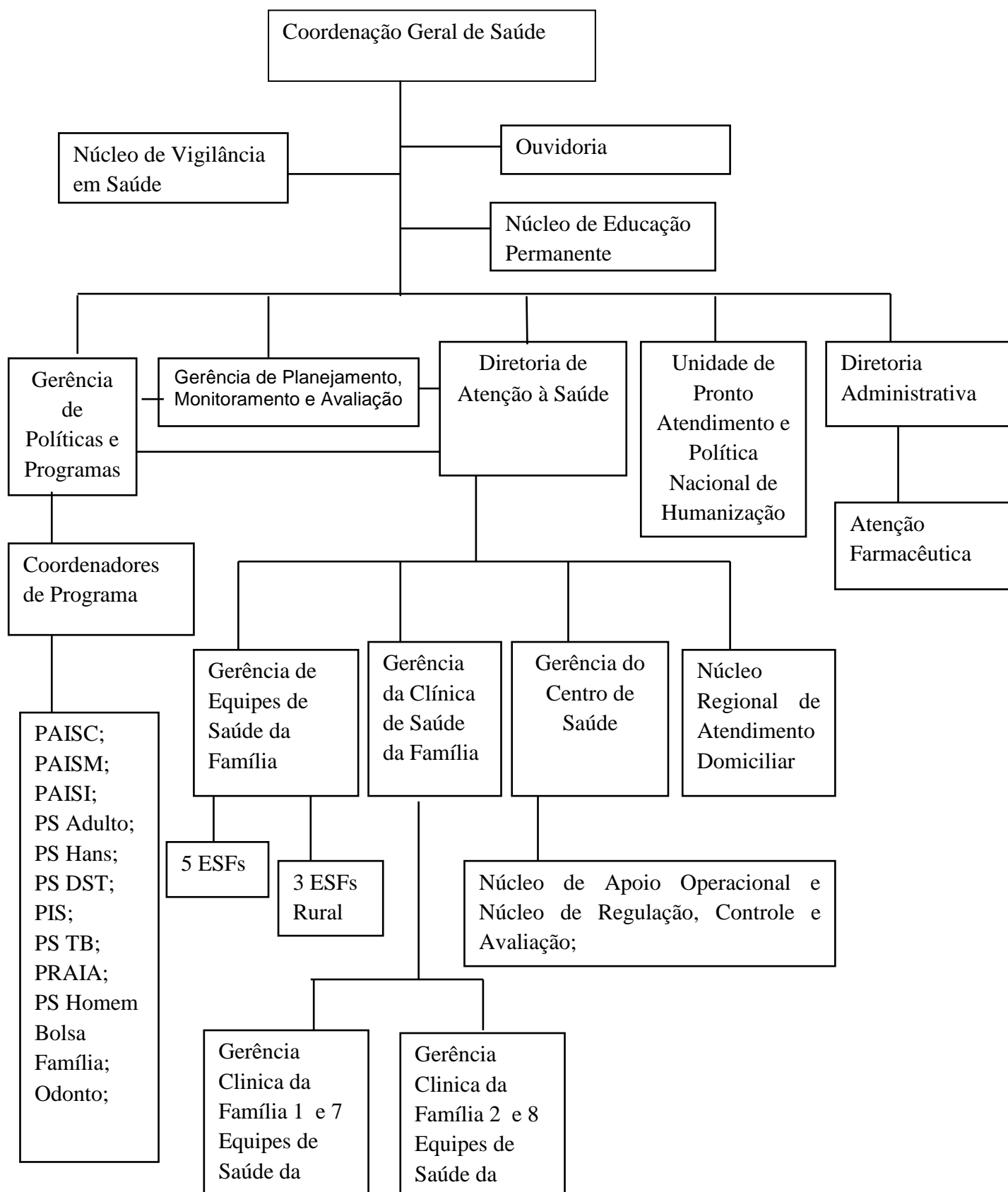


Figura 4: Organograma para proposta de alteração

Legenda Figura 4:

PAISC – Programa de Atenção Integrada a Saúde da Criança;
PAISM – Programa de Atenção Integrada a Saúde da Mulher;
PAISI – Programa de Atenção Integrada a Saúde do Idoso;
PS Adulto – Programa de Saúde do Adulto;
PS HANS – Programa de Saúde de Hanseníase;
PS DST – Programa de Saúde de Doenças Sexualmente Transmissíveis;
PIS – Práticas Integrativas à Saúde;
PS TB – Programa de Saúde de Tuberculose;
PRAIA – Programa de Atenção Integral ao Adolescente;
PS Homem – Programa da Saúde do Homem;

No decorrer dos encontros seguintes o grupo avançava no entendimento das questões trazidas nas primeiras reuniões sobre o Apoio, pode-se dizer que aquele grupo se sentia parte de um Coletivo com a Encomenda para apoiar seus serviços, junto aos demais atores para concretude de mudanças necessárias a todos. Entendo Encomenda no sentido de Objetos de Investimento o Método da Roda ambiciona lidar com os Desejos e Interesses dos Sujeitos, ou seja, Planos e Regiões de expressão de subjetividade e do agir dos Sujeitos, portanto a construção social e subjetiva de Objetos de Investimento depende de todos estes Planos implicados na Cogestão (CAMPOS, 2000).

O exercício de aproximação com outros diferentes, outras estruturas organizacionais e outros modos de gestão, permitem a possibilidade de estabelecer trocas de saberes ampliando a capacidade de produzir e reproduzir instrumentos de gestão democráticos e participativos diferindo de uma lógica de gestão e organização de maneira hierárquica e engessada, construir sistemas de cogestão para concretizar uma gestão democrática e participativa com os trabalhadores da ponta, reconstruir modos de pensar e agir dos atores que compõe os serviços de atenção básica (CAMPOS, 2000). Portanto esse encontro caminhava para a proposta de conformação inicial dos Apoiadores do Recanto das Emas, ou seja, os gestores iriam Apoiar os serviços que gerenciam/coordenam.

A realização de uma oficina nos encontros com o grupo possibilitou a identificação de problemas/temas que os gestores/apoiadores iriam intervir ou que pudesse direcionar a

intervenção e provocar mudanças na organização dos serviços junto aos atores que compõe e fazem parte da instituição de saúde.

Foram divididos dois subgrupos que selecionaram problemáticas/temas que pudessem compor um Mapa-problemáticas/temas. Cada subgrupo discutiu e elencou os problemas/temas que foram escritos em pedaços de papéis, foram elas: a falta de monitoramento e avaliação, a falta de carga horária adequada ou recursos humanos reduzidos para coordenação, bem como outras funções, inexistência de processos compartilhados das ações, dificuldades de espaço colegiado entre gestores e trabalhadores, falta de um plano de comunicação para a regional, forma como as informações dos Programas de Saúde chegam para as equipes, falta de construção coletiva das coordenações de Programas de Saúde, informações centralizadas nas categorias profissionais e não em equipes.

O grupo montou o Mapa-problemas que obteve diversas configurações ao longo da reunião e a partir das reflexões que cada tema provocava, tendo como configuração final conforme Figura 1. Identificado pelo grupo eixos temáticos de intervenção para o Apoio, formou-se novamente dois subgrupos, o grupo de Cogestão e de Programas que iriam atuar em seus locais de gerência junto aos trabalhadores. E o Coletivo de Gestores se apoiariam entre si e seriam apoiados pelo nível central assim como proposto nas primeiras reuniões, estava proposto o primeiro arranjo de organização dos Apoiadores dos serviços de atenção básica a saúde do Recanto das Emas!

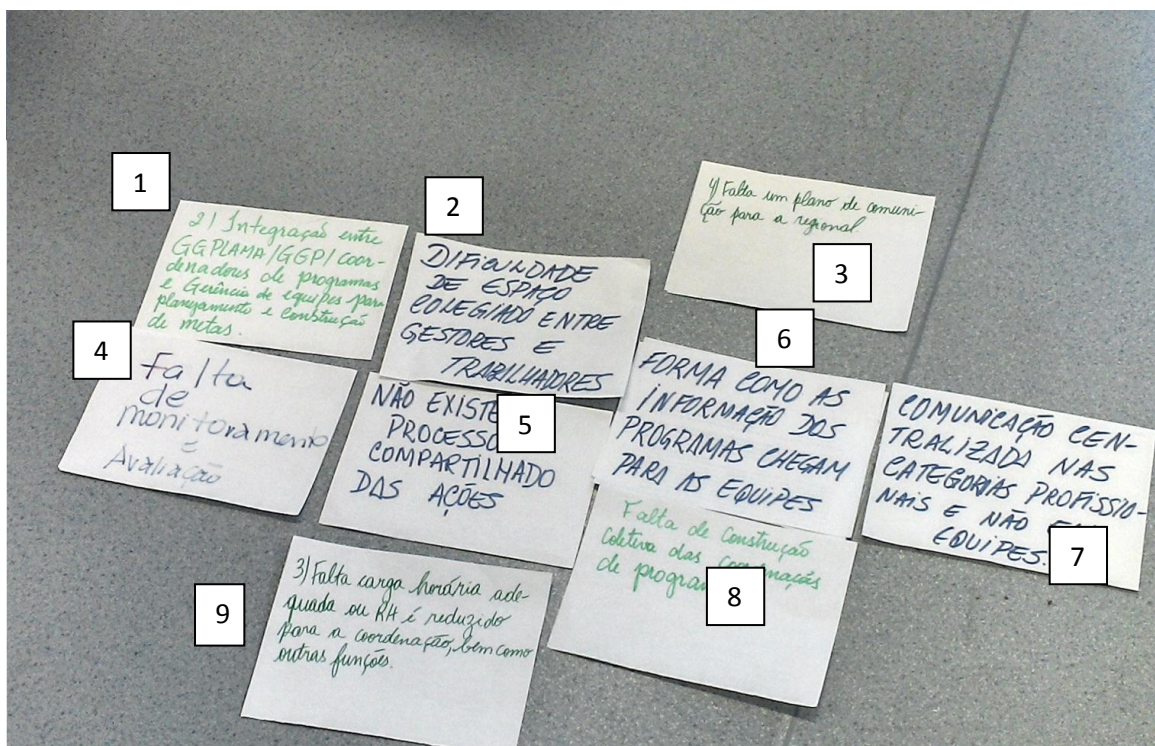


Figura 5: Configuração final do Mapa-problemas

Legenda Figura 5:

- 1- Integração entre Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, Gerência de Políticas e Programas, Coordenadores de Programas e Gerência de Equipes para planejamento e construção de metas;
- 2- Dificuldade de espaço colegiado entre gestores e trabalhadores;
- 3- Falta de plano de comunicação para a regional;
- 4- Falta de monitoramento e avaliação;
- 5- Não existe processo compartilhado das ações;
- 6- Forma como as informações dos Programas chegam as equipes;
- 7- Comunicação centralizada nas categorias profissionais e não em equipes;
- 8- Falta de construção coletiva dos Coordenadores de Programas;
- 9- Falta de carga horária adequada ou recursos humanos é reduzido para a Coordenação, bem como outras funções.

Os subgrupos temáticos Cogestão e Programas divididos propuseram o Apoio da seguinte forma, o primeiro iria desenvolver o trabalho de intervenção iniciando pelos trabalhadores da Clínica da Família 1, possibilitando processos de colegiado junto a representantes dos trabalhadores das equipes de saúde da família alocados na Clínica da Família 1 com a proposição de uma nova organização do serviço, levantamento de demandas, etc., propondo também uma nova relação institucional dos gestores e trabalhadores, desencadeando processos de democratização e espaços coletivos. Já o segundo subgrupo faria a mesma proposta e dinâmica aos Coordenadores de Programas. As duas divisões se propõem a horizontalizar as relações, a tomada de decisões, o levantamento de demandas e reorganização do serviço junto aos trabalhadores que compõe a produção de saúde e cuidado no cotidiano de cada serviço a partir de relações institucionais democráticas e participativas, na produção de espaços coletivos que agreguem profissionais da ponta e gestores a fim de horizontalizar as relações.

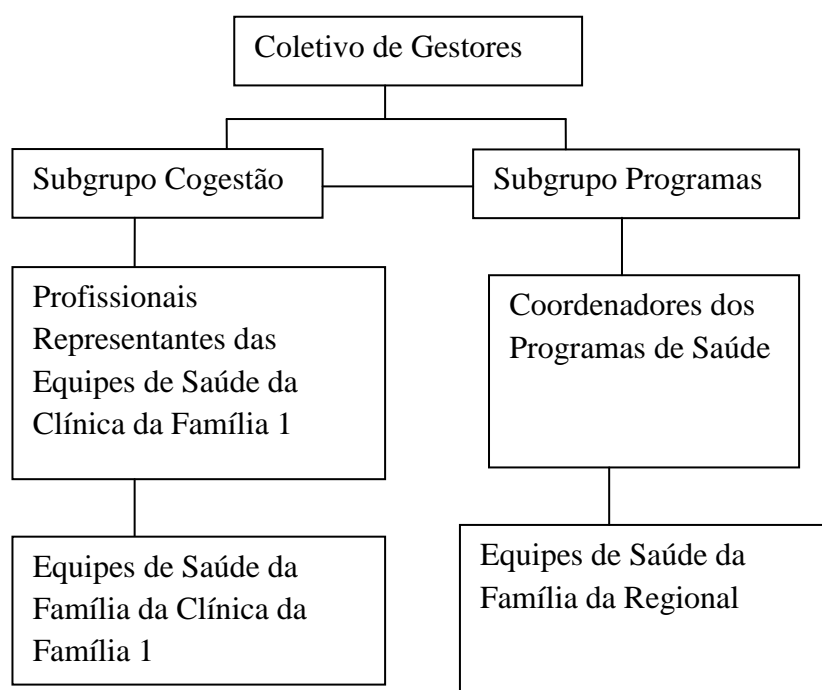


Figura 6: Proposta dos Subgrupos de Apoio

A primeira constituição do Grupo de Apoiadores Institucionais do Recanto das Emas foi composto por atores de diversas áreas estratégicas no âmbito da atenção básica naquela regional, gestores dos serviços básicos, coordenadores de serviços e gerentes do nível central de saúde totalizando um grupo de doze pessoas que iriam apoiar os serviços de saúde no qual gerenciam.

A implantação do Apoio na regional contou com a instalação de processos que objetivaram a construção de Espaços Coletivos, arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo e onde se analisem problemas e se tomem deliberações (CAMPOS, 2000). O Espaço Coletivo da regional de saúde do Recanto das Emas tomou a forma de Colegiado que com o caminhar das reuniões adotou o nome de Colegiado Gestor na mesma maneira que foi se fortalecendo como um Espaço Coletivo, espaço de democracia institucional.

Nesse sentido entende-se a democracia não como produto de um agente isolado e sim uma reforma social, um produto social dependente da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes constituídos, depende ainda da capacidade social de se constituírem espaços de poder compartilhado: Rodas. A democracia se inscreve como possibilidade do exercício do poder através do acesso a informações, tomar parte em discussões e de decisões sendo ao mesmo tempo uma construção e uma instituição. Democracia também como possibilidade de alteração dos esquemas de dominação para produção de novos contratos e de nova hegemonia, repensar e transformar o modo de gestão das instituições. Logo a democracia institucional como um meio e um fim em si mesmo para impulsionar mudanças sociais utilizando o Método da Roda para criar espaços de existência da democracia (CAMPOS, 2000).

As Rodas configuradas no Espaço Coletivo aqui analisado utilizando-se processos do Método da Roda, como método de gestão, de apoio a cogestão, a produção de Valores de Uso e de Coletivos Organizados, no decorrer dos encontros conformou-se em espaço de lugar e tempo em que foi possível analisar fatos, participar do governo e reconstruir-se como Sujeito, sujeitos que atuaram implicados em processos de produção de bens e serviços com a produção de Instituições, Organizações e dos próprios Sujeitos envolvidos (CAMPOS, 2000). Processo que ocorreu no Colegiado de Gestores da atenção primária a saúde do Recanto das Emas e que possibilitou o processo de inscrição do Apoio Institucional e da formação dos gestores-Apoiadores.

Entretanto os movimentos na regional por parte dos gestores em Apoiar os profissionais de suas unidades de saúde conforme construído na última reunião com a divisão dos subgrupos temáticos Cogestão e Programas vivenciou uma crise por parte dos gestores no encontro com os profissionais para propor um novo modelo de organização e gestão. O quinto encontro com Colegiado Gestor aconteceu três meses após a formação dos Apoiadores da regional de saúde, ou seja, dos gestores apoiarem profissionais nos serviços que gerenciam.

Essa reunião aconteceu a fim de apoiar o grupo gestor na vivência deles em ofertar o Apoio Institucional aos profissionais da ponta, entender os movimentos que estavam acontecendo e que aconteceram na regional e analisar tais movimentos. A reunião se iniciou com atraso, fizemos a tradicional rodada de apresentação e de contextualização do projeto e histórico dos acontecimentos na regional, pois havia gestores novos no grupo. Em seguida os integrantes dos subgrupos fizeram um relato histórico de como aconteceu a reunião com os profissionais das unidades de saúde, trouxeram suas percepções em relação ao encontro em si e aos movimentos que aconteceram após o encontro na unidade de saúde e a movimentação dos trabalhadores na proposta de reorganização do serviço.

O relato dos gestores apresentou diversas dificuldades de diálogo com os trabalhadores em propor um novo modelo de organização, segundo estes os profissionais se mostravam resistentes e poliqueixosos à proposta o que gerou grande decepção, o momento do encontro e a receptividade dos trabalhadores foi tensa, demonstrando a fragilidade institucional da relação entre gestores e trabalhadores, discutimos estas percepções na reunião, existia conflitos de poderes e demandas entre profissionais e gestores o que acabou gerando uma crise nos gestores de se identificarem como Apoiadores.

Ao final da reunião repactuamos o funcionamento dos Apoiadores da regional com estratégias de organização, de uma agenda definida, em como se daria os novos caminhos e movimentos junto aos profissionais, em construir um espaço coletivo junto aos profissionais, elencar temas e problemáticas a serem discutidas e resolutivas no cotidiano do trabalho e com demandas trazidas pelos profissionais. A repactuação junto aos gestores demonstra que o projeto e a conformação dos Apoiadores é um processo de coprodução no qual os gestores assumem responsabilidades com a organização da instituição e como se dá

essa organização junto aos profissionais, ou seja, uma gestão próxima ao cotidiano dos serviços.

Nos encontros com o grupo trabalhou-se a noção de simultaneidade entre a geração, a coleta e análise de informações e em função do interpretado tomam-se decisões e se desencadeiam ações práticas mediante a distribuição de Tarefas entre os membros de um coletivo, assim como proposto pelo Método da Roda (CAMPOS, 2000, p. 191). Nas reuniões-encontros elegiam-se Temas para trabalhar, nas primeiras reuniões a constituição do diário de campo trouxe a tona Temas relacionados às funções dos gestores, nos encontros seguintes a configuração do organograma, as discussões trazidas com a conformação de um organograma verticalizado á estruturação de um novo organograma que possibilitasse a inscrição de uma gestão democrática e participativa, a divisão dos subgrupos para Apoio na regional que com o processo de construção de cada encontro definiu-se outros Temas que disparavam por detrás dos diversos problemas e conflitos vivenciados no dia-a-dia dos serviços dos gestores e coordenadores. Obviamente que o coletivo não se produziu de maneira estandardizada e com recortes limitados, isto cabe à discussão em destacar tais pontos.

Progressivamente o Coletivo de gestores construiu seu “diagnóstico” a partir do exame crítico das dificuldades e sucessos do cotidiano agregando a partir dessas dificuldades novas informações e novos temas á análise, essa prática reflexiva ajudou o Coletivo a encarar Temas considerados desagradáveis. Portanto estimular a análise no grupo que facilitassem posturas reflexivas implica descobrir modos de produção das coisas e dos fenômenos e em descrever aspectos contraditórios e complementares de cada Tema (CAMPOS, 2000, p.192).

Nesse sentido o processo de formação de apoiadores deve incluir de maneira preponderante vivências e experimentações no grupo enquanto espaço de formação e aprendizado objetivando aprender a pensar, desenvolver capacidade de resolver situações de conflito e mediado por uma tarefa constituindo diferentes vínculos que facilitariam ou não o desempenho grupal, discussão em relação ao conceito de grupo-operativo trazido por Pichon-Rivière (FURLAN, 2012), que se aplica a configuração do grupo de gestores do Recanto das Emas que possibilitou ao longo do processo dos encontros mudanças de postura frente às adversidades do cotidiano de trabalho no serviço.

A produção do Espaço Coletivo para que o Grupo expresse e analise e reconstrua suas metas, objetivos e representações para isso combinam-se dois métodos de trabalho, que valorize a análise da demanda do próprio grupo e ao mesmo tempo produzir situações que obriguem o Coletivo a se pronunciar sobre metas, objetivos e representações oriundos de outras instâncias trabalhando com Temas diretamente relacionados ao Objeto de Investimento eleito e construído pelo Grupo, nesse caso o Apoio Institucional dos gestores nas suas unidades de saúde que gerenciam ou coordenam, assim como Temas decorrentes do contexto social (CAMPOS, 2000, p. 203).

A Capacidade Analítica de um grupo depende de um conjunto de fatores, obstáculos subjetivos, políticos e ideológicos costumam ser mais importantes do que as falhas no sistema de informação, o que há na maioria das Organizações são mais informações do que Análise e Interpretação. Portanto o acúmulo de informações nem sempre se transforma em construção de novos sentidos e significados para as coisas ou para as relações sociais, o Agir tende a ser de forma burocrática e estereotipada. A mudança dos Sujeitos e das Organizações depende também de uma ruptura de antigos sentidos e significados, trabalhar para a reconstrução de sentido e significados é condição necessária, mas não suficiente para sustentar processos de mudança (CAMPOS, 2000, p. 203).

Atribuir sentido e significado as coisas e aos fatos vem do processo de analisar e interpretar o que foi disparado no grupo e tomando forma, analisar e interpretar o diário de campo, os organogramas. Assim Método de análise em Roda exige o exame cuidadoso das demandas das equipes, o reconhecimento e análise de demandas, impressões e opiniões de outros atores sociais, vale acrescentar o estudo de dados coletados de forma objetiva, diagnóstico de situação, comparações estatísticas, etc. A constituição de um Coletivo Organizado para a Produção se dá à medida que logra produzir-se com capacidade de análise e com potência para agir, de modo prático para se examinar/analisar a consistência do sistema de valores do Coletivo é submetê-lo ao teste da realidade, na apreciação do mundo, ao mesmo tempo em que se critica sua capacidade de explicar este pedaço do mundo e sua potência para instrumentalizar a ação sobre esta mesma realidade (CAMPOS, 2000, p. 203).

Portanto o grupo de gestores pôde se constituir como um Coletivo a partir de um Espaço Coletivo, democrático e participativo, produtores de análise das demandas

institucionais e de suas próprias demandas como sujeitos implicados, produtores de serviços de saúde e de gestão. O Apoio Institucional com seus objetivos voltados para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização possibilitou essa produção inconstante e inacabada de sujeitos, de modelos de gestão, de trabalhadores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, a metodologia escolhida para a pesquisa permitiu a análise da implantação do apoio na vivência da pesquisadora nos encontros e reuniões com o Colegiado Gestor da atenção primária a saúde. O texto composto trouxe à cena os objetivos propostos para esta pesquisa a partir da metodologia de análise utilizada na composição do diário de campo e na relação do pesquisador com o pesquisado que possibilitou compreender o modelo de gestão da regional e as relações institucionais entre os profissionais e serviços da rede de atenção a saúde a partir da contextualização da regional, da análise de dados e demandas coletados e analisados em grupo e então acionar processos de transformação de um modelo de gestão verticalizado e centrado nos gestores e gerências para a construção junto ao grupo da proposta de um modelo de cogestão orientado pelo Método da Roda que utilizou o Espaço Coletivo enquanto espaço de formação e produtor de mudanças na prática de gestão e das relações institucionais.

Nesse sentido o Espaço Coletivo possibilitou a instrumentalização do grupo para uma prática compartilhada, democrática, participativa através do viver Apoiador Institucional, na experimentação em momentos de ser apoiado e de ser apoiador, contando também com a leitura de textos sobre a temática, discussões, às vezes exaustivas sobre um método que valoriza a indissociabilidade entre clínica e gestão (CAMPOS, 2000).

O Apoio Institucional como função Paidéia pôde-se identificar o campo de conhecimento profissional para esta prática, como um espaço de limites imprecisos onde disciplinas da saúde, do cuidado, da gestão, do institucionalismo, da saúde coletiva se aglutinam no cumprimento de tarefas teóricas e práticas. Sendo o campo de conhecimentos, saberes e práticas organizadas de maneira democrática, no compartilhamento e atravessamento nos contextos que fazem parte da instituição de Saúde

A discussão realizada neste estudo e a experiência prática na regional de saúde aposta em um método de gestão em saúde que apóie processos de cogestão com a implicação de sujeitos capazes de produzir instituições e relações democráticas o que depende em um debruçar na atuação diária dos gestores e que atue juntamente com planos e regiões e com o reconhecimento de sujeitos sociais e subjetivos e da coprodução dos mesmos e de coletivos na vida cotidiana.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVES, Ana Luiza D'Ávila e Mario Roberto Dal Poz. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005

ALVES, F.L. **A organização da gestão e do trabalho em saúde no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP):** propostas para modelo de atenção hospitalar. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010

AMARAL, M.A. **O método apoio como instrumento de mudança no hospital público.** 2012. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012

BADUY, Rossana Staevie. **Gestão Municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento.** Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ- Faculdade de Medicina, 2010

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5ª. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** -Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão /** Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G.W. S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTRO, C.P. **Avaliação da utilização do método de apoio Paidéia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CUNHA, G.T. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica.** 2009. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** In: _____. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Artmed. p. 15.- 41, 2006.

DISTRITO FEDERAL. **Secretaria do Estado de Saúde.** Brasília 2011. Disponível em: <www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 16 jun. 2013.

DISTRITO FEDERAL. **Conheça o Recanto das Emas.** Administração Regional do Recanto das Emas- RA XV. 2013. Disponível em: <<http://www.recanto.df.gov.br>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

FARINA, C. **Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual.** In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31. 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 1998. p.1-16. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GE01-4014—Int.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2013.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. **Pesquisa Qualitativa, cartografia e saúde: conexões.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FIGUEIREDO, M.D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação.** 2012. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FURLAN, P.G. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008

_____. **Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional.** 2012. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. IN: e LIMA, N. T. (ORG.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. P. 481-500

JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. Saúde em debate- série em debate. Editora Hucitec, 1997.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 3ª. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989.

MALFITANO, A. P. S., FERREIRA, A. P. **Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, maio/ ago. 2011.

MASSUDA, A. **O método do apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-UNICAMP**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

MEDEIROS, J.E.O. **A política de descentralização da saúde: estudo de caso em Santa Rosa-RS, Brasil, 1993-2003**. Dissertação (mestrado)- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2006.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Profissionalização e regulação da atividade e do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 353-365, 2004.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. – Campinas, SP, 2011.

PAULON, S. M., *et al.* **Quando o mundo se movimenta o vivo estremece: narrativas de uma cartógrafa em seu encontro com um coletivo hospitalar**. Aletheia 32, p. 161-173, maio/ago. 2010.

PDAD. Pesquisa **Distrital por amostra de domicílios, Recanto das Emas 2011**.

Disponível em

<www.recanro.df.gov.br/images/institucional/rec_emas/pesquisa%20pdad%202011.pdf>.

Acesso em: 16 jun. 2013.

PINTO, C.A.G. **Avaliação da implantação da clínica ampliada e equipes de referência em um serviço especializado em DST/AIDS, utilizando-se a triangulação de métodos**. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

QUEIROZ, Danielle Teixeira. *et al.* **Observação Participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. Revista de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, N. R. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos**. Ciência e Saúde Coletiva, 429-435, 2007.

SOUZA, S. S. **Memória, cotidianidade e implicações: construindo o diário de itinerância na pesquisa.** Entrelugares- Revista de Sociopoética e Abordagens Afins, setembro 2009. Disponível em: < <http://www.entrelugares.ufc.br>>

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, 507-514, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila e Mario Roberto Dal Poz. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

9. ANEXO

Anexo 1.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cartografia do Apoio Institucional e Matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária em saúde.

Pesquisador: Paula Giovana Furlan

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 12479513.6.1001.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 453.476

Data da Relatoria: 18/11/2013

Apresentação do Projeto:

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE - Encaminhado pela Inst. Proponente em 29/10/13

Considerando as diretrizes do apoio integrado do MS e a atuação de apoiadores no DF, o projeto pretende cartografar o campo de experimentação de apoio institucional e matricial nos serviços de saúde do SUS, no DF.

Objetivo da Pesquisa:

Principal:

Cartografar o exercício da função apoio, nas modalidades de apoio institucional e matricial, em três regiões administrativas do SUS-DF.

Secundários:

Mapear os focos e os objetos prioritários de intervenção do apoio na atenção e na gestão nas regiões administrativas estudadas; Evidenciar as correlações da prática de apoio com os desafios prioritários da gestão do SUS-DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa-intervenção sob referencial qualitativo e com uso do método cartográfico, com duração de 24 meses. As regiões selecionadas são: Ceilândia, Gama e Recanto das Emas. O projeto utilizará a técnica das narrativas-acontecimento para compor a cartografia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adequadamente apresentados:

Termo de concordância assinado pelo DAS-Recanto das Emas; pelo coordenador geral de saúde do Gama e pela coordenadora da regional de saúde de Ceilândia

Cronograma; Planilha de Orçamento; TCLE; Curriculum vitae

Termo de autorização para uso de imagem e som de voz dos participantes

Recomendações:

A pesquisadora deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 11 de Novembro de 2013

Assinador por: Luiz Fernando Galvão Salinas
(Coordenador)